Deutscher Bundestag **Drucksache 14/5940**

14. Wahlperiode 03. 05. 2001

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Irmgard Schwaetzer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der F.D.P. – Drucksache 14/5723 –

Zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist mit Beginn der Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten eingeführt worden, um historisch gewachsene Unterschiede in der Struktur der Versicherten bei den einzelnen Krankenkassen auszugleichen und damit für gleiche Startchancen im beginnenden Wettbewerb zu sorgen. Die an der Reform Beteiligten haben sich damals darauf verständigt, keinen Ausgabenausgleich vorzusehen, sondern die nicht manipulierbaren Faktoren Einkommen, Alter, Geschlecht und mitversicherte Familienangehörige zugrunde zu legen. Konsens war damals auch, dass es über diese vier Faktoren hinaus keine weiteren geben dürfe. Durch die Formulierung des Auftrages an die Sachverständigen zur Reform des RSA wurde bereits deutlich, dass mittlerweile darüber hinausgehender Handlungsbedarf gesehen wird. Zwei Zitate der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, vom 31. Januar 2001 machen deutlich, dass es dabei um die Menschen gehen muss und nicht um Institutionen:

„Wir brauchen Vertrauen in die Leistungsfähigkeit unserer Krankenversicherungen. Der Bestand eines pluralen, den Menschen eine Auswahl gestattenden Systems von Krankenversicherungen ist eine zentrale Voraussetzung zur Gewährleistung der Leistungsfähigkeit und der Zukunftsperspektive des gesamten Systems.“

„Die Menschen, die sich für ihre Krankenkasse – welche auch immer – entschieden haben, möchten nicht, dass die Existenz dieser Krankenkasse gefährdet ist, da sie dies als Bedrohung der eigenen Situation empfinden.“

1. Welche Zielsetzungen werden seitens der Bundesregierung mit der Reform des RSA verfolgt?

Ziel der Reform des RSA ist, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechtere, effektivere und wirtschaftlichere medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Dies setzt voraus, dass keine Kranken-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. April 2001 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

kasse im Wettbewerb dadurch benachteiligt oder bevorzugt wird, dass sie über eine ungünstige oder günstige Versichertenstruktur verfügt.

Der Deutsche Bundestag hatte die Bundesregierung in seiner Entschließung vom 16. Dezember 1999 aufgefordert, eine Untersuchung über die Wirkung des RSA in Auftrag zu geben, ihm über das Ergebnis zu berichten und gegebenenfalls Änderungen der den RSA betreffenden Vorschriften vorzuschlagen. Der Bericht ist dem Deutschen Bundestag am 28. Dezember 2001 vorgelegt worden (Bundestagsdrucksache 14/5681). Die Gutachter kommen in Übereinstimmung mit anderen, von den Verbänden der Krankenkassen beauftragten Gutachtern, zu dem Ergebnis, dass die dauerhafte Durchführung des RSA unverzichtbare Voraussetzung für den Wettbewerb der Krankenkassen in einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung ist. Nach wie vor bestehen aber erhebliche Ungleichgewichte im Kassenwettbewerb, die durch den Risikostrukturausgleich zz. nicht vollständig ausgeglichen werden und eine Weiterentwicklung des RSA notwendig machten.

Diese Wettbewerbsverzerrungen haben ihre Ursache vor allem in der unzulänglichen Erfassung der Morbiditätsrisiken durch den RSA. Beitragssatzvorteile entstehen weiterhin, wenn eine Krankenkasse innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen besonders viele gesunde bzw. wenige kranke, vor allem wenige chronisch kranke Versicherte aufweist. Umgekehrt sind Krankenkassen, die überdurchschnittlich viele chronisch bzw. schwer Kranke zu betreuen haben, zusätzlich benachteiligt. Dieser Sachverhalt setzt nach wie vor Anreize zur Risikoselektion und Fehlanreize für eine gezielte Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur insbesondere für chronisch Kranke durch die Kassen.

Mit der Reform des RSA soll daher die unterschiedliche Morbiditätsbelastung der Kassen stärker berücksichtigt und der Wettbewerb noch deutlicher auf eine effizientere Krankenversorgung hin ausgerichtet werden.

2. Welche Rolle spielt dabei künftig die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

Die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung hat weiterhin für die Bundesregierung eine hohe Priorität. Zunächst ist festzustellen, dass der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der Anfang 1998 noch bei 13,64 % lag, bis Anfang 2001 auf 13,54 % zurückgegangen ist. Auch der Abstand zwischen dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der GKV-West (1. Januar 2001: 13,50 %) und der GKV-Ost (1. Januar 2001: 13,67 %), der 1998 noch bei ca. 0,4 Beitragssatzpunkten lag, konnte nicht zuletzt durch den gesamtdeutschen Finanzkraftausgleich und die ab 2001 erfolgende stufenweise Einführung des vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs bereits deutlich reduziert werden.

Mit der jetzt anstehenden Reform des RSA wird das Ziel der Beitragssatzstabilität nicht aufgegeben. Sie wird jedoch zu einer größeren Beitragssatzgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen führen.

3. Welches Wettbewerbskonzept für die GKV liegt dieser Reform zugrunde?

Wie aus der Antwort zu Frage 1 ersichtlich, soll der Wettbewerb in der GKV dazu beitragen, die Bedarfsgerechtigkeit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung weiter zu verbessern. Dabei ist die gesetzliche Krankenversicherung jedoch kein Markt wie jeder andere. Das Solidarprinzip ist konstitutives Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung,

die in § 1 SGB V als eine Solidargemeinschaft definiert wird. Sie ist gekennzeichnet durch die Erhebung einkommensproportionaler Beiträge ohne Beitragssatzdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und gesundheitlichen Risiken, durch die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienmitglieder und durch die Erbringung der medizinisch notwendigen Leistungen nach dem Bedarfsprinzip in ausreichender und wirtschaftlicher Form.

Die Vereinbarkeit von Wettbewerbs- und Solidarprinzip in der GKV setzt aber voraus, dass die maßgeblichen Unterschiede in der Risikobelastung zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. Die vorliegenden Gutachten haben gezeigt, dass der RSA auf der Grundlage der indirekten Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit die Belastungsunterschiede nicht hinreichend neutralisiert. Die Weiterentwicklung des RSA durch eine hier ansetzende Reform steht deshalb nicht im Widerspruch zum Kassenwettbewerb, sondern ist seine notwendige Voraussetzung.

4. Wie lässt sich in diesem Zusammenhang die Vorstellung des Institutionenschutzes mit der Grundsatzentscheidung für Kassenwettbewerb vereinbaren?

Ziel des Risikostrukturausgleichs und der RSA-Reform ist nicht, bestimmte Institutionen vor den Folgen des Wettbewerbs zu schützen. Wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen müssen sich jedoch auch dann im Wettbewerb behaupten können, wenn sie über eine ungünstige Risikostruktur verfügen. Ziel der RSA-Reform ist daher nicht ein undifferenzierter Institutionenschutz, sondern die Sicherstellung eines Wettbewerbs um Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit.

5. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass der RSA ursprünglich als eine Art Anpassungssubvention gedacht war, sich mit der geplanten Reform jedoch in eine Erhaltungssubvention verwandelt?

Die Bundesregierung teilt diese Auffassung nicht. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hat den RSA als ein auf Dauer angelegtes Ausgleichsverfahren angelegt. In der Antwort zu Frage 1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass bei den unterschiedlichen Gutachtern Konsens darüber besteht, dass der RSA die zwingende Voraussetzung für einen fairen, auf Wirtschaftlichkeit und Qualität ausgerichteten Leistungswettbewerb zwischen den Krankenkassen ist. Erst ein funktionierender RSA garantiert, dass die Beitragssätze das wirtschaftliche Verhalten der Krankenkassen widerspiegeln und nicht lediglich Ausdruck einer günstigeren Versichertenstruktur sind. Mit der geplanten Weiterentwicklung des RSA kommt seine effizienz- und solidaritätssichernde Funktion dauerhaft und gestärkt zum Tragen.

Finanzielle Hilfen für Kassen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung ihrer Wettbewerbsfähigkeit hat der Gesetzgeber ausdrücklich vom RSA getrennt als kassenarteninterne Hilfe ausgestaltet (§ 265a SGB V).

6. Welche die Wirtschaftlichkeit fördernden und die Qualität der medizinischen Versorgung steigernden Impulse erhofft sich die Bundesregierung von der von den Gutachtern des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vorgeschlagenen Wiedereinführung eines Ausgabenausgleiches?

7. Welchen Sinn macht aus Sicht der Bundesregierung ein breit angelegter Ausgabenausgleich in der Übergangsphase hin zu einem von den Gutachtern angestrebten morbiditäts- und einnahmeorientierten RSA?

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die Einführung eines an Ausgaben ansetzenden RSA im Hinblick auf die Erfahrungen mit dem ehemaligen Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner (KVdR)?

Die Fragen 6, 7 und 8 zielen auf den gleichen Sachverhalt und werden daher zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung verfolgt mit der RSA-Reform das Ziel, den Wettbewerb in Richtung erhöhter Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung zu lenken, statt auf die Gewinnung guter Risiken. Hierzu ist eine grundlegende Weiterentwicklung des RSA durch eine direkte Erfassung der Morbiditätsunterschiede der Versicherten erforderlich. Dies ist erst mittelfristig umsetzbar, weshalb für eine Übergangszeit kurzfristig wirksame Maßnahmen erforderlich sind, wie sie im Konsens mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgesehen sind. Hierzu gehört auch die Einführung eines Risikopools, mit dem weit überdurchschnittliche Ausgaben für einzelne Versicherte in den Bereichen Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Kranken- und Sterbegeld sowie Dialysesachkosten teilweise ausgeglichen werden. Er vermindert Risikoselektionsanreize und trägt so dazu bei, dass die Beitragssätze stärker als bisher Signal für die Preiswürdigkeit einer Krankenkasse sein können. Durch den hohen Schwellenwert (rd. 40 000 DM) und die Selbstbeteiligung der Krankenkassen (40 v. H.) werden die problematischen Anreizwirkungen eines reinen Ausgabenausgleichs, wie er mit dem früheren Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) praktiziert worden ist, vermieden.

9. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass Versicherte bei neu gegründeten, preisgünstigen Krankenkassen schlechter versorgt werden als bei Krankenkassen, die schon lange existieren?

Das Angebot gezielter Versorgungsprogramme für bestimmte Krankheitsgruppen ist insgesamt unzureichend. Hierzu trägt auch die empirisch festgestellte zunehmende Konzentration von gesunden Versicherten bei preisgünstigen Krankenkassen bei. Diese zunehmende Entmischung der Versichertenstrukturen hat zur Folge, dass sich Krankenkassen mit schlechterer Morbiditätsstruktur eine Finanzierung notwendiger Aufwendungen zur verbesserten Versorgung chronisch kranker Versicherter ohne Beitragssatzsteigerungen und der damit verbundenen Gefahr weiterer Mitgliederverluste auf Dauer nicht mehr leisten können. Die Ursachen hierfür liegen in den bereits genannten Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs, die zu Fehlanreizen und Beitragssatzverwerfungen führen. Die RSA-Reform zielt deshalb in erster Linie auf die Beseitigung dieser Fehlanreize. Darüber hinaus hat sich die Bundesregierung die gezielte Förderung eines qualitätsgesicherten Versorgungsmanagements für chronisch Kranke zum Ziel gesetzt. Ein hierdurch verbessertes Versorgungsangebot wird nicht nach großen oder kleinen, traditionellen oder neu gegründeten Krankenkassen differenzieren, sondern allen Versicherten gleichermaßen zur Verfügung stehen. Es ist Aufgabe der Krankenkassen, diese Chancen zu realisieren.

10. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass das Volumen des RSA nicht weiter steigen darf, sondern im Interesse eines funktionsfähigen Wettbewerbs zurückgeführt werden muss?

Die in der Antwort zu Frage 1 angesprochenen Gutachten zum RSA sind übereinstimmend zu dem Ergebnis gekommen, dass die Höhe des Transfervolumens kein geeignetes Kriterium zur Beurteilung der Wirkungsweise des RSA ist, sondern Ergebnis einer zunehmenden Risikoentmischung zwischen den Kassen. Diese würde sich ohne RSA-Reform auch in Zukunft weiter und verstärkt fortsetzen mit der Folge weiterer Erhöhungen der RSA-Transfers. Demgegenüber wird die Weiterentwicklung des RSA die bestehenden Beitragssatzverzerrungen abbauen und einer Fortsetzung der bisherigen Entwicklung entgegenwirken.

11. Wie steht die Bundesregierung zu Vorschlägen, die Vergütungsstruktur im ärztlich niedergelassenen Bereich dahin gehend zu ändern, dass historisch gewachsene und durch die Budgetierung zementierte zu niedrig bemessene Kopfpauschalen nicht mehr möglich sind und wie würde sich das auf die Beitragssatzdifferenzen der Krankenkassen auswirken?

Die Bundesregierung hält es für geboten, die Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in einen größeren Sachzusammenhang zu stellen, der Reformmaßnahmen zum Gegenstand hat, die über die in diesem Jahr zu beschließende Weiterentwicklung des RSA hinausgehen.

12. Welche Datengrundlagen standen den Gutachtern im Auftrag des BMG zur Verfügung?

Den Gutachtern des BMG standen die Daten des Bundesversicherungsamtes zu den bislang durchgeführten Jahresausgleichen und aufbereitete GKV-Statistiken insbesondere zur Einnahmen-, Ausgaben-, Beitragssatz-, Mitglieder- und Versichertenentwicklung zur Verfügung. Diese wurden ergänzt durch Datenlieferungen zahlreicher Krankenkassen für Berechnungen zum Risikopool sowie ergänzender Eigenerhebungen der Gutachter zu entgangenen Zuzahlungen für Härtefälle.

13. Welche quantitativen Wirkungen der einzelnen vorgeschlagenen Reformelemente auf Kassen- und Kassenartenebene wurden ermittelt und warum wurden diese nicht im Endbericht dokumentiert?

Von einer Veröffentlichung erwarteter Beitragssatzwirkungen für einzelne Kassen haben die Gutachter aus Wettbewerbsgründen Abstand genommen. Die Gutachter haben vielmehr eine Typisierung von Krankenkassen nach Beitragsbedarf und Finanzkraft vorgenommen, um adäquate Aussagen über die quantitativen Wirkungen zu treffen. Diese Ergebnisse sind im Endbericht der Gutachtergruppe veröffentlicht. Eine Aggregierung der Ergebnisse auf der Ebene der Kassenarten wurde von den Gutachtern hingegen aufgrund der Heterogenität innerhalb der Kassenarten als nicht aussagekräftig angesehen und daher nicht vorgenommen.

14. Stimmt es, dass aufgrund personeller Veränderungen beim Bundesversicherungsamt (der den RSA durchführenden Behörde) die Umsetzung kurzfristiger Lösungen fraglich erscheint?

Die Bundesregierung wird sicherstellen, dass die von den parlamentarischen Gremien beschlossenen Rechtsänderungen rechtzeitig umgesetzt werden.

15. Liegt der Bundesregierung bereits eine Stellungnahme der Datenschutzbeauftragten von Bund und Ländern zur rechtlichen Umsetzbarkeit der seitens der Gutachter vorgeschlagenen Neuregelungen vor?

    Wie beurteilen diese die Zusammenführung personenbezogener Daten bei den Krankenkassen im Zuge der möglichen Einführung eines Risikopools und im Zusammenhang mit den so genannten Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke?

Eine Zusammenführung und Weiterleitung personenbezogener Daten ist weder erforderlich noch beabsichtigt. Ausgleichsansprüche im Zusammenhang mit dem Risikopool und den Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke werden nicht auf der Grundlage personenbezogener, sondern pseudonymisierter oder fallbezogener Daten geltend gemacht. Die Bundesregierung stimmt die Regelungen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz ab, die Anforderungen an den Datenschutz werden daher erfüllt werden.

16. Welche Einschätzung hat die Bundesregierung hinsichtlich der Wirkung der RSA-Reform auf die Wahlentscheidung freiwillig Versicherter?

Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird insgesamt zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der GKV führen, so dass negative Auswirkungen im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung nicht zu erwarten sind. Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten werden insgesamt nicht eingeschränkt, sondern flexibilisiert und damit gestärkt.

Mit der Wahl der privaten Krankenversicherung entscheidet sich ein bislang freiwilliges Mitglied für eine dauerhafte Bindung an die private Krankenversicherung und bindet sich faktisch ab einem bestimmten Alter bzw. bei mehrjähriger Zugehörigkeit auch dauerhaft an ein konkretes Krankenversicherungsunternehmen. Die geplante Harmonisierung der Kündigungs- und Bindungsfristen für freiwillig und pflichtversicherte Mitglieder wird deshalb keinen Einfluss auf die Wahlentscheidung freiwillig Versicherter haben. Die Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt weiterhin ein Argument für die freiwillige Mitgliedschaft.

17. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Gutachter, dass der RSA nur ein Element der Wettbewerbsordnung für die GKV ist und ein Defizit im Bereich des Vertragswettbewerbs besteht?

    Bedarf es dann nicht anderer Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität des Kassenwettbewerbs im Interesse der Versicherten und der Beitragszahler als eine Erhöhung der Umverteilung von Beitragseinnahmen?

Die Bundesregierung wird in dieser Legislaturperiode mit der Reform des RSA und begleitenden organisationsrechtlichen Anpassungen einen ersten und wichtigen Schritt in Richtung einer umfassenderen Reform der gesetzlichen Krankenversicherung gehen. Weitere Schritte bleiben der nächsten Legislaturperiode vorbehalten, in der auch die Frage des Vertragswettbewerbs unter den durch die RSA-Reform verbesserten Rahmenbedingungen für mehr Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung beantwortet werden muss.

18. Welche Erwartungen hat die Bundesregierung hinsichtlich der Wirkung einer Einbeziehung der Verwaltungskosten in den RSA?

    Wird die Gefahr einer Subventionierung von unwirtschaftlichem Verwaltungsaufwand gesehen und wie sollen die Beitragszahler davor wirksam geschützt werden?

Die Einbeziehung der Verwaltungskosten in den RSA ist mit dem Konsens der Spitzenverbände in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht Gegenstand der Reform. Theoretisch wird die Frage von den Gutachtern des Bundesministeriums für Gesundheit in ihrem Endbericht dahin gehend beantwortet, dass mit der dort vorgeschlagenen Standardisierung der Verwaltungsausgaben die gleichen positiven Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt werden, wie für die im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333